

セカンドオピニオン申し込み書

フリガナ		生年月日		性別	
患者様のお名前		明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		男・女	
患者様のご住所	〒				
電話番号					
フリガナ		患者様との 続柄		紹介状	検査資料
相談者氏名					有・無
相談者住所	〒				
電話番号					

(1) 申込日より一週間以後でご都合の悪い日・曜日

(2) 患者様の現在の状況 (入院中・通院中・在宅)

病名: 知っている・知らない・分からない

歩行: 一人で歩ける・歩けない

食事: 普通に食べられる・少し食べられる・食べられない

その他の状況:

(3) 患者様の今までの経過

※担当医師を決定するにあたり、お差支えない程度に、詳細をお知らせください。

(4) 入院先または通院先

病院名: _____

所在地: _____

電話番号: _____ () _____